FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1964

THÈSE

N° 183

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

Zvi, Herbert GOLDSCHMIDT

né le 27 Décembre 1933 à Czernovitz (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE SIGMOIDITES

Président : Mr LORTAT-JACOB, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1964

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

Zvi, Herbert GOLDSCHMIDT

né le 27 Décembre 1933 à Czernovitz (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE SIGMOIDITES

Président : Mr LORTAT-JACOB, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e^

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-1-1964

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Cochin	ABOULKER (P.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	MILLIEZ (P.)
Broussais	LENÈGRE (J.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch. DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon PERE

A ma MERE

Avec toute mon affection.

A mes BEAUX-PARENTS

A ma FEMME

A ma FILLE

Au Docteur KESSLER

Ami de toujours.

A mes AMIS.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550011_0055

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur LORTAT-JACOB

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette Thèse.

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur MAZINGARE

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Montargis

Qui n'a ménagé ni son temps ni sa peine pour ce travail réalisé dans son service.

En témoignage de notre profond respect et de notre indéfectible reconnaissance.

A Monsieur le Docteur TRONC

Ancien Chef de Clinique de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Montargis

et à Monsieur le Docteur BADINIER

Ancien Chef de Clinique de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Montargis

Qui nous ont autorisés à nous servir des observations de malades opérés par leurs soins.

Avec notre reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur LENEGRE

Monsieur le Professeur Jean BERNARD

Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANCON

Monsieur le Docteur FAQUET

Monsieur le Professeur MOUQUIN

Monsieur le Professeur BENDA

Monsieur le Professeur MOULONGUET

Monsieur le Professeur GARCIN

Monsieur le Professeur OLIVIER

A PROPOS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SIGMOIDES

-:-:-:-:-:-

I N T R O D U C T I O N

La question des sigmoïdites a été parfaitement mise au point lors du 64 ème Congrès de L'Association Française de Chirurgie de 1962.

Cependant, devant la fréquence de cette affection, qui paraît en augmentation constante, l'importance des problèmes thérapeutiques qu'elle pose et la gravité de ses complications, il nous a paru intéressant de revoir et d'étudier les malades traités chirurgicalement pour cette affection dans le Service de Chirurgie de l'HOPITAL de MONTARGIS.

Nous avons colligé 30 observations de sigmoïdites traitées chirurgicalement.

-:-:-:-:-:-

PATHOGENIE ET ASPECTS CLINIQUES

La diverticulose sigmoïdienne est une affection souvent rencontrée, 3 à 10 °/₀ des individus, suivant les Auteurs, et sa fréquence s'accroît avec l'âge.

Pour S.F. MARSHALL, l'incidence totale des diverticuloses est de 7 à 8 °/₀ atteignant 15 °/₀ et même jusqu'à 40 °/₀, pour les personnes de plus de 40 ans.

Le colon sigmoïde est le siège électif des diverticules et de leurs complications car, c'est lui qui en cas de coprostase, supporte la plus forte augmentation de pression.

Un travail récent de S. TAGLIACOZZO et F. VINO démontre que le diverticule colique est dû à la formation d'une hernie de la muqueuse à travers la musculeuse au niveau d'une solution de continuité destinée au passage des vaisseaux droits.

Dans les antécédents des malades porteurs de sigmoïdites on trouve souvent la notion de constipation chronique.

La diverticulose reste souvent latente, mais le contenu colique étant hautement septique, la surinfection des diverticules par les entérocoques, colibacilles et autres germes intestinaux est extrêmement fréquente.

20 °/₀ des cas de diverticuloses évoluent vers une diverticulite.

Les termes "diverticulites" et "sigmoïdites" peuvent être considérés comme synonymes, la diverticulite siégeant presque toujours sur le sigmoïde, et, la sigmoïdite ayant le plus souvent une origine diverticulaire. H.R. REICHMANN et J.B. WATKINS trouvent sur

322 cas de diverticulite, 47 °/₀ des cas où les diverticules siégent uniquement sur le sigmoïde et 95 °/₀ des cas où le sigmoïde est porteur de diverticules.

Du cadre de cette étude, nous excluerons les sigmoïdes spécifiques, tuberculeuses, mycosiques ou amibiennes, rarement rencontrées.

Toutefois, la sigmoïdite amibienne peut par sa chronicité entraîner un tableau de sigmoïdite banale. P. BARRETTO et A. DA SILVA relèvent sur 242 malades soignés pour amibiase chronique, 50 malades présentant des lésions sigmoïdiennes.

Pour A. CARAYON et Coll. la diverticulite peut relever d'une agression amibienne.

L'amibiase peut favoriser l'évolution et la complication de la diverticulite.

Les sigmoïdites peuvent revêtir divers aspects cliniques :

a - Les formes chroniques :

Elles sont les plus fréquentes, se signalant par des troubles du transit, une constipation suivie d'une débacle diarrhéique, une douleur dans la fosse iliaque gauche et des rectorrhagies de faible abondance.

Tous ces signes s'installent progressivement et entraînent une altération de l'état général. L'évolution peut se faire, après un temps plus ou moins long vers la forme pseudo-tumorale, qui pose un difficile problème diagnostique avec le cancer.

Mais à n'importe quel stade de l'évolution peuvent survenir des complications.

1) l'occlusion
2) la perforation { péritonite généralisée / péritonite localisée
3) l'abcès péri-sigmoïdien
4) l'hémorragie.

b - Les sigmoïdites à évolution aiguë.

8 cas dans notre statistique soit 26,7 °/₀.

Elles peuvent survenir, soit chez un sujet porteur d'une sigmoïdite chronique connue, soit révéler une sigmoïdite latente.

Elles se caractérisent par de la température, des douleurs coliques importantes avec ténesme et épreintes ; la palpation de l'abdomen permet de sentir un boudin sigmoïdien spasmé et douloureux. Cet accès aigu cède la plupart du temps à un traitement médical approprié, mais la récidive est fréquente.

c - Les formes compliquées des sigmoïdites.

1 - L'occlusion

13 cas dans notre statistique soit 43,3 °/₀.

M.H. ROMSDAHL et WARREN H. COLE sur 40 cas de sigmoïdites opérées 42,5 °/₀ d'occlusions.

Elle revêt l'aspect d'une occlusion basse précédée souvent de plusieurs épisodes sub-occlusifs. Elle reconnait une des causes suivantes :

le rétrécissement de la lumière colique par l'inflammation et par l'épaississement de la musculeuse péri-sigmoïdienne, ou l'occlusion paralytique.

Devant ce tableau, l'intervention s'impose.

2 - La péritonite

7 cas dans notre statistique soit 23,3 °/₀.

M. H. ROMSDAHL et W. H. COLE relèvent 12,5 °/₀ de perforations ; R. GOFFIN et G. FABRY 54 °/₀.

La symptomatologie clinique est celle d'une péritonite grave et le diagnostic est fait le plus souvent à ventre ouvert, quand la notion de diverticulite antérieure n'existe pas.

Le diagnostic peut être soupçonné devant :

- le siège initial de la douleur,
- la localisation initiale de la contracture,
- Ceci chez l'homme.

Elle relève en règle de la perforation d'un diverticule, mais peut être aussi l'aboutissement d'une diverticulite gangrèneuse. Elle peut avoir un caractère atténué, évoluant à bas bruit, chez les sujets âgés et en cas de cloisonnement.

La perforation est parfois provoquée par un facteur déclenchant :

Traitement par les cortisoniques ;
Efforts de défécation : J.M. VERNE et Coll. rapportent 3 cas de perforation du sigmoïde au cours d'un effort de défécation.

L'évolution a été fatale dans les 3 cas. (Académie de Chirurgie. Séance du 21 Février 1962). Les perforations au cours des efforts de défécation se voyant plus souvent au cours de la lésion individualisée sous le terme d'ulcère simple du colon.

3 - L'abcès péri-sigmoïdien.

6 cas dans notre statistique, soit 20 °/₀.

Il peut siéger dans la fosse iliaque gauche ou être pelvien. Il peut fuser soit vers le haut, soulevant un problème diagnostique avec un abcès péri-néphrétique, soit vers le bas, donnant une collection dans le Douglas. L'évolution de cet abcès est variable, il peut régresser, plus souvent, il s'ouvre en péritoine libre donnant une péritonite, ou encore dans un organe du voisinage, réalisant une fistule.

Les fistules les plus fréquentes sont les fistules sigmoïdo-vésicales, qui donnent une pyurie importante, avec pollakiurie et dysurie, constituant une véritable infirmité pour le malade. Elles n'ont aucune tendance à la guérison spontanée et leur seul traitement est chirurgical. Quant aux autres fistules, sigmoïdo-cutanées et sigmoïdo-iléales, elles sont beaucoup plus rares.

4 - L'hémorragie

Nous avons un seul cas d'hémorragie sur les 30 cas présentés ici, soit 3,3 °/₀ ; ce chiffre nous semble être légèrement au-dessous de la moyenne constatée par la plupart des Auteurs. S.F. MARSHALL en relevant 5,4 °/₀ et H.R. REICHMAN et Coll. avançant le chiffre de 19,7 °/₀. Cette discordance quant au pourcentage des formes hémorragiques des sigmoïdites semble due au fait que certains Auteurs ne tiennent pas compte des petites rectorrhagies et émission de glaires sanglantes, courantes dans cette affection.

L'origine de ces hémorragies est surtout diverticulaire, ulcération du fond du diverticule, ou de la muqueuse interdiverticulaire.

Ces hémorragies sont en général de faible abondance, mais elles peuvent parfois revêtir une allure cataclysmique. J.W. DAVIS dans un article du Texas J.M. 1962 58, 701, rapporte 33 cas d'hémorragie d'origine diverticulaire avec une mortalité opératoire de 30 °/₀. Cette haute mortalité est due d'après l'auteur au retard pris pour intervenir. En face d'une hémorragie importante, il importe de ne pas trop prolonger la période de rééquilibration, et d'intervenir d'urgence.

-:-:-:-:-:-

SIGMOIDITE et CANCER

Le problème le plus ardu du diagnostic des sigmoïdites est leur différenciation d'avec le cancer.

Les deux affections revêtent souvent les mêmes formes cliniques, elles touchent des malades d'un même groupe d'âge et souvent leur aspect radiologique est analogue ; la présence de diverticules sur le colon n'éliminant absolument pas la possibilité d'un cancer. Des hémorragies répétées et une perte de poids témoignent pour un cancer , des douleurs plutôt en faveur d'une sigmoïdite, mais au moindre doute il faut intervenir.

Le diagnostic est le plus souvent fait en cours d'intervention, mais parfois il est impossible de faire le diagnostic à l'examen de la pièce, et seul l'examen histologique peut apporter la preuve.

Toutefois, il est important de s'efforcer à faire un diagnostic précis avant l'intervention car cela permet le choix d'une tactique opératoire judicieuse , la chirurgie des sigmoïdites n'ayant pas les mêmes impératifs que celle des cancers. Les 2 cas de néoplasme sur sigmoïdite présentés ici méritent une place à part.

Il s'agit de malades traités pour sigmoïdite depuis fort longtemps et dont le diagnostic de diverticulite avait été confirmé par lavement baryté.

Cette coexistence de cancer et de sigmoïdite a déjà été signalée par divers Auteurs. Certains, comme R. SPEER et H.E. BACON n'y voyant qu'une pure coïncidence, d'autres comme CH. JACQUELIN pensant qu'il y a une relation de cause à effet.

Sans prétendre résoudre ce problème, étant donné le nombre

réduit de nos observations, nous pensons que la sigmoïdite, par ses phénomènes inflammatoires, est susceptible de créer un terrain favorable à l'évolution du cancer.

La fréquence de l'association cancer-sigmoïdite est estimée de façon diverse par les Auteurs. C.S. SPEER et H.E. BACON trouvent sur 177 résections pour diverticulite 46 cancers, soit un pourcentage de 26 °/₀. Pour D.A. CAMPBELL la fréquence est de 10 °/₀ et H.R. ROMSDAHL et W.H. COLE trouvent eux aussi 10 °/₀. Nous avons 2 cas sur 30 sigmoïdites chirurgicales ce qui nous donne un pourcentage de 6,6 °/₀.

-:-:-:-:-:-

TRAITEMENT MEDICAL

Avant d'aborder le sujet du traitement chirurgical, il est bon de rappeler que seule une fraction des sigmoïdites est justiciable d'un traitement chirurgical, fraction variable d'ailleurs avec les Auteurs.

Le traitement médical correctement conduit venant à bout de la plupart des sigmoïdites non compliquées.

Ce traitement consiste en premier lieu en :

a - Entretien d'un transit intestinal régulier par :

- un régime pauvre en résidus.
- une médication anti-spasmodique.
- des laxatifs non agressifs pour la paroi intestinale : huile de paraffine ou de ricin.

b - Une thérapeutique anti-infectieuse par voie orale :

- de sulfamides ou des antibiotiques du type Colimycine Néomycine.

Ce traitement suffit en général pour venir à bout d'une crise de sigmoïdite simple.

En cas de crise de sigmoïdite aiguë avec participation péritonéale on est amené, à associer aux antibiotiques donnés par voie générale, la mise au repos du tube digestif par aspiration, glace et alimentation perentérale.

-:-:-:-:-:-

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical des sigmoïdites qui fut longtemps limité à la dérivation externe, a subit vers les années 1945 - 1950, une nouvelle orientation,due en grande partie à la découverte d'une antibiothérapie efficace et aux nouvelles méthodes de réanimation, permettant d'intervenir sur des sujets considérés auparavant comme trop fragiles pour pouvoir supporter une intervention radicale.

La tendance actuelle est à la colectomie, avec ou sans dérivation préalable, tendance poussée à l'extrême dans les pays Anglo-Saxons où les indications de la colectomie sont étendues aux formes précoces des diverticulites, avant le stade des complications. J.M. WAUGH, sur 65 cas de résection pour sigmoïdite, 53 résections idéales soit 74 °/₀. S.F. MARSHALL sur 180 résections ; 118 résections idéales soit 65,5 °/₀.

Cette tendance à la résection colique prophylactique n'a pas encore trouvé d'échos en France à quelques exceptions près. (Intervention de M. H. WELTI au Congrès de l'Académie de Chirurgie de 1962).

Les méthodes opératoires des sigmoïdites peuvent être divisées en deux catégories :

- Méthodes palliatives
  - Drainage simple
  - Suture et drainage
  - Colostomie
- Méthodes radicales
  - Résection.

Toute étude comparant ces différentes méthodes chirurgicales doit tenir compte du fait que chaque méthode s'adresse à des lésions et des terrains différents.

-:-:-:-:-:-

LES PROCEDES PALLIATIFS

Appliqués à 11 cas dans notre statistique, soit à 36,7 °/₀, nous avons eu 3 décès dont 1 non imputable à la méthode ; soit une mortalité opératoire de 18,2 °/₀.

M.D.M. STANNTON rapporte 14 cas d'intervention palliative avec une mortalité de 28,5 °/₀.

Leur indication majeure est l'urgence et l'impossibilité technique d'utiliser une méthode radicale. Parfois, ils amènent une guérison complète, mais, le plus souvent, une intervention ultérieure et radicale est nécessaire.

Néanmoins, ils ont rendu et rendront encore des services appréciables dans certains cas bien précis.

I - Drainage simple

3 cas soit 10 °/₀ des cas - 1 décès.

Réalisé le plus souvent par mèches ou lames de caoutchouc, isolant la zone malade.

2 - Suture et drainage

2 cas soit 6,6 °/₀ - 1 décès (non imputable à la méthode).

Procédé ne présentant que de rares indications, applicable à la perforation isolée d'un diverticule avec paroi intestinale souple.

3 - Diverticulectomie et enfouissement diverticulaire + Drainage

3 cas soit 10 °/₀ - 0 décès.

4 - La colostomie

En principe ces procédés doivent rarement être employés isolément, ils doivent être associés à la colostomie.

Geste simple et sans danger, la colostomie a été pendant longtemps la seule méthode employée dans le traitement des sigmoïdites. Depuis quelques années, il s'est opéré un changement d'optique et la colostomie est considérée de plus en plus comme le premier temps d'une cure radicale. I. LOYGUE et J. PINEAU (Ann. Chir. 1962, 16, 299) se sont fait les partisans de cette méthode, en insistant sur l'importance d'une cure radicale secondaire.

Le rôle de la colostomie est double :

a - Rôle mécanique :

Elle dérive le contenu intestinal, ce qui présente un intérêt évident dans les occlusions et les perforations.

Elle permet de tarir un écoulement fistulaire, et, faite contemporainement avec l'incision d'un abcès péri-sigmoïdien, augmente les chances de guérison de celui-ci.

b - Rôle anti-inflammatoire :

En mettant la zone malade au repos, la colostomie a certainement un rôle anti-inflammatoire et cette action est d'autant plus efficace que la lésion est plus jeune ; les formes torpides et anciennes de diverticulites ne réagissent pratiquement pas à la colostomie.

La sigmoïdite à forme tumorale serait donc une indication de choix de la colostomie, qui peut amener la régression totale de tous les signes, aussi bien cliniques que radiologiques.

Tactique de la colostomie.

Le chirurgien a le choix entre divers moyens :

a - la coecostomie

Nous n'en sommes pas partisans. Elle donne une dérivation insuffisante, car elle laisse au-dessus de la lésion tout un

segment colique qui se draine mal. Elle a toutefois l'avantage d'être facile à établir et ses seules indications sont l'occlusion chez le sujet taré ne permettant qu'une intervention sous anesthésie locale, ou comme soupape de sécurité contemporaine d'une anastomose idéale.

b - L'anus transverse droit

C'est aussi un anus situé loin de la lésion, donc pas très efficace.

Sa fermeture demande un temps opératoire supplémentaire et son appareillage est plus difficile. Mais, étant situé loin de la fosse iliaque gauche, il risque peu de souiller la plaie opératoire. De plus, il permet une colectomie facile et peut rester en place après celle-ci, comme anus de protection.

c - L'anus iliaque gauche

Son efficacité est incontestable. Il est situé à proximité de la lésion et assure donc une dérivation valable ; son appareillage est aisé, et, en cas de colectomie ultérieure il est enlevé en même temps que le segment malade.

Par contre, il constitue un risque d'infection pour la plaie opératoire, si celle-ci est située dans la fosse iliaque gauche.

Lorsque la colostomie a été établie le chirurgien se trouve devant trois possibilités :

- <u>conserver un anus définitif.</u>

Solution de défaite, rarement adoptée et acceptée. Elle est indiquée seulement chez des sujets très âgés, tarés, ou présentant un terrain fragilisé par une autre affection.

- <u>fermer la colostomie.</u>

C'est une attitude défendue par certains. Elle ne peut être pratiqué qu'après un temps souvent assez long.

Cette fermeture ne doit être faite que si l'on a acquis une certitude sur la qualité de la guérison de la lésion sigmoïdienne. Cette guérison doit être contrôlée cliniquement, radiologiquement, par resto sigmoïdoscopie et une biopsie de la muqueuse devra être pratiquée. (CARCASSONNE). De toute façon, il est très difficile et pratiquement impossible d'affirmer le caractère définitif de la guérison, les récidives restant toujours à craindre. Les indications de la fermeture simple de la colostomie sont à notre avis assez réduites.

- <u>faire une colectomie secondaire.</u>

La colectomie secondaire nous parait l'attitude la plus logique, la colostomie n'étant qu'un geste d'urgence permettant d'attendre le moment propice à une cure radicale.

L'intervalle libre entre les deux interventions est variable, de 3 semaines à 3 mois, en fait il est particulier à chaque cas.

-:-:-:-:-:-

LES PROCEDES RADICAUX

Appliqués à 19 cas sur les 30 cas que nous présentons ici, soit à 63,3 °/₀ des cas. Nous avons eu un décès ce qui nous donne une mortalité opératoire de 5,5 °/₀.

En fait, le seul traitement radical de la sigmoïdite est la COLECTOMIE. Ses indications se sont beaucoup élargies ces quinze dernières années, les progrès de la chirurgie colique ayant diminué les risques de cette intervention.

Ces indications englobent toutes les sigmoïdites compliquées, les diverticulites aiguës résistant au traitement médical ou récidivant.

Il est plus commode de parler des contre-indications, qui sont de plus en plus restreintes. Les unes sont liées au terrain : malade très âgé, obèse, cardiaques. Les autres, dues au type et à l'étendue de la lésion colique, sont beaucoup plus difficiles à codifier, chaque cas posant un problème propre, et chaque chirurgien ayant une attitude personnelle devant un même cas.

Nous croyons que les contre-indications de la colectomie doivent être réduites au minimum, car la sigmoïdite a un caractère récidivant qui souvent fait regretter une abstention, dans un cas limite. Bien entendu, il ne faut pas pousser ce raisonnement trop loin et faire courir au malade un risque pour une affection qui somme toute, en dehors de ses complications aiguës, est bénigne.

Les différents types de colectomie peuvent être classées ainsi :

A) La colectomie d'emblée avec anastomose immédiate, comportant ou non une dérivation sus-jacente contemporaine.

B) La colectomie idéale secondaire à une colostomie

C) La colectomie avec rétablissement secondaire de la continuité, dont il existe diverses modalités : Opération de BOUILLY - VOLKMANN

: Opération de HARTMANN.

-:-:-:-:-:-

A - COLECTOMIE AVEC ANASTOMOSE IMMEDIATE : ou COLECTOMIE IDEALE -

7 cas dans notre statistique, soit 23,3 °/₀ du nombre total des cas ou 37 °/₀ des colectomies. 1 décès soit une mortalité opératoire de 14,3 °/₀.

J.M. WAUGH rapporte 65 cas de colectomie ; 74 °/₀ de résection idéale.

S.F. MARSHALL sur 180 résections ; 118 résections idéales, soit 65,5 °/₀.

Les indications de la colectomie idéale avec anastomose immédiate, sont : - Les formes pseudo-tumorales et hémorragiques des sigmoïdites chroniques.

- Les formes aiguës refroidies par un traitement médical efficace.

- Tous les cas où il existe un doute quant à la possibilité d'un cancer associé.

Les impératifs techniques absolus sont :

l'état de la paroi - non infiltrée
- non épaissie
- bien vascularisée.

La possibilité de faire une anastomose facile sans traction.

Certains, comme MADDEN et TAN étendent ces indications au traitement des perforations sigmoïdiennes (Ils rapportent 10 cas avec 1 décès et 2 complications post-opératoires). Mais hors des

cas exceptionnellement favorables, le rétablissement immédiat de la continuité présente un risque certain, et nous ne le croyons pas raisonnablement possible dans la plupart des cas. Cet avis semble partagé par M. H. ROMSDALL et W.H. COLE (Arch. of Surg. Vol. 85, N° 5 - May 1963).

B - LA COLECTOMIE APRES COLOSTOMIE

est un geste logique, la sigmoïdite tout en régressant sous l'effet conjugué du traitement antibiotique et de la colostomie ayant tendance à récidiver.

Le délai entre la colostomie et la colectomie est variable suivant la complication ayant fait pratiquer la colostomie ; environ 1 mois en cas d'occlusion, 3 à 4 mois en cas de péritonite ou d'abcès péri-sigmoïdien.

C - COLECTOMIE avec rétablissement secondaire de la continuité.

7 cas, soit 23,3 °/₀ du nombre total des cas ou 37 °/₀ des colectomies pratiquées. 0 décès dans les suites opératoires.

La colectomie avec rétablissement secondaire de la continuité est à notre avis, très souvent, l'intervention de choix dans le traitement des accidents aigus des sigmoïdites, compte tenu évidemment des contre-indications dues au terrain. En enlevant l'organe malade et en assurant une dérivation efficace, elle met à l'abri des accidents et permet une anastomose ultérieure dans de bonnes conditions.

Cet opinion semble partagée par A. M. BOYDEN (Am. J. of Surg. T 154 N°6 - Déc. 1961 suppl.) qui l'ont employée dans 20 °/₀ des cas de sigmoïdites compliquées et 40 °/₀ de ces résections sont du type en deux temps.

Les deux techniques utilisées sont l'opération de BOUILLY-VOLKMANN de moins en moins employée actuellement, car son exécution suppose un segment inférieur sain d'une longueur suffisante

pour être mis à la peau, éventualité qui n'est pas très fréquente ; et l'opération de HARTMANN, 7 cas dans notre statistique, colectomie avec fermeture du bout inférieur et mise à la peau du bout supérieur.

Cette intervention pratiquée en général dans les cas aigus doit être suivie d'un drainage suffisant, et le rétablissement secondaire ne sera envisagé qu'après extinction de tout phénomène inflammatoire.

-:-:-:-:-:-:-

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Dans les suites, nous avons relevé 2 cas de complications post-opératoires : graves.

Observation N° 8 - Mr. J ... - 57 ans :

Intervention le 9.10.63 - Résection anastomose termino-terminale.

Dans les suites : le 23.10.63 - Syndrome toxique, entérite staphilococcique qui semble due à l'antibiothérapie. Une fistule se produit au niveau de l'anastomose. Le traitement associe une colostomie en amont à l'antibiothérapie anti-staphylococcique. Guérison.

Observation N° 25 - Mr. Rob ... M. - 67 ans.

Intervention type HARTMANN.
Un an après le rétablissement de la continuité : sub-occlusion.

A l'intervention : Découverte d'un rétrécissement au niveau de l'anastomose.

Anus iliaque gauche définitif.

-:-:-:-:-:-

Nous présentons ici 30 cas de sigmoïdites, traitées chirurgicalement à l'Hôpital de Montargis, entre les années 1946-1963.

Ils se répartissent de la façon suivant :

HOMMES : 15 Age moyen : 62 ans.

FEMMES : 15 Age moyen : 65 ans.

-:-:-:-:-:-

LES METHODES PALLIATIVES

11 observations : 3 formes occlusives,
2 perforations,
6 sigmoïdites aiguës.

3 décès dont un non imputable à la méthode.

-:-:-:-:-:-

DRAINAGE SIMPLE

3 observations : 2 sub-occlusions
1 sigmoïdite aiguë.

1 décès.

OBSERVATION 1 : Mme V ... 64 ans - F. 1951.

Début progressif par des crises douloureuses abdominales. T° 38°, Signes de sub-occlusion du grêle. Intervention le 11.5.51. Découverte d'un abcès médian péricolique, d'origine diverticulaire. Drainage simple.

Suites : fistule colique. Suites lointaines : guérison.

OBSERVATION 2 : Mr P ... 76 ans - H. 1958.

Syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche évoluant depuis plusieurs jours.

Malade porteur d'une hernie inguino-scrotale gauche, réductible et indolore, depuis des années. A l'examen : empatement de la fosse iliaque gauche ; on sent un boudin colique, très douloureux à la palpation. Arrêt des matières et des gaz. A l'examen radiologique :

Sigmoïde porteur de plusieurs diverticules, spasmé, avec lumière rétrécie.

Antécédents : depuis trois mois ; alternance de diarrhée et de constipation, pas d'hémorragie.

En raison de l'apparition récente des signes le diagnostic pré-opératoire porté est "néoplasme colique infecté. Intervention 1958. Incision para-médiane gauche. Le sigmoïde présente une zone rétrécie, inflammatoire et de consistance cartonnée. Diverticule souple, non perforé. Cure de la hernie inguinale dont le sac ne contient que du grèle.

Fermeture sur antibiotiques locaux et drainage par contre incision gauche.

Suites immédiates simples. Suites lointaines : guérison. Le lavement baryté effectué trois mois plus tard montre un sigmoïde normal.

OBSERVATION 3 : Mr B ... 78 ans - H. 1961.

Entre dans le service pour prostatectomie. Intervention le 3.8.1961. Dans la nuit du 8 au 9 Août, étranglement brutal d'une hernie scrotale gauche connue depuis l'enfance. Intervention le 9.8.61. Incision inguinale ; sac oedémateux contenant une grande partie du sigmoïde ; ce dernier est rouge, violacé, inflammatoire. L'inflammation remonte jusqu'à l'angle colique gauche. On lie le sac, on met deux points de fil non résorbable sur l'arcade crurale et le tendon conjoint. Drainage par drain aspiratif et antibiotiques locaux.

Suites : Syndrome toxique s'aggravant malgré le traitement antibiotique et la réanimation. Exitus le 12.8.61.

-:-:-:-:-:-

SUTURE ET DRAINAGE

2 observations : 2 perforations.

1 décès non imputable à la méthode.

OBSERVATION 4 : Mr M ... Alphonse 57 ans - H.

Syndrome de perforation. Intervention : Sigmoïdite perforée d'origine diverticulaire. Suture de la perforation. Drainage. Suites simples.

OBSERVATION 5 : Mme C ... 60 ans - F. 1952.

Tableau clinique de perforation d'organe creux. Intervention le 19.12.1952. Découverte d'une perforation isolée du sigmoïde. Suture et drainage.

Suites : mort par infarctus du myocarde.

-:-:-:-:-:-

ENFOUISSEMENT ET DRAINAGE

1 observation ; 0 Décès.

OBSERVATION 6 : Mme L ... 69 ans - F. 1959.

Crise de sigmoïdite aiguë. Intervention le 30.7.1959 : Découverte d'un abcès péri-sigmoïdien. Enfouissement de plusieurs diverticules. Drainage.

Suites opératoires simples. Guérison.

-:-:-:-:-:-

DRAINAGE + RESECTION DIVERTICULAIRE

3 observations : 1 sub-occlusion
2 sigmoïdites aiguës.

0 décès.

OBSERVATION 7 : Mr X ... 56 ans - H. 1956.

A l'entrée, syndrome péritonéal aigu, empatement profond au niveau de la fosse iliaque gauche. Signes de sub-occlusion. Mise en route d'un traitement antibiotique. Intervention 1956 : Incision médiane sous ombilicale.

Abcès péri-sigmoïdien dû à la perforation d'un petit diverticule. Résection du diverticule, fermeture sur antibiotiques locaux drainage par lame et par contre-incision gauche. Suites immédiates très simples.

Suites lointaines. Guérison, transit normal, pas de troubles intestinaux. Deux ans après, a subi une cure pour éventration de la partie haute de la médiane sous ombilicale.

OBSERVATION 8 : Mme M ... 55 ans - F. 1963.

Diagnostic d'entrée : Salpingite avec pelvipéritoine. Intervention le 8.4.1963. Incision médiane sous ombilicale. Sigmoïdite aiguë avec abcès péri-colique. Vidange de l'abcès, nettoyage péritonéal. Résection du diverticule infecté. Appendicectomie (Appendice adhérent au diverticule). Drainage aspiratif.

Examen histologique : Tissu inflammatoire ; pas de signes de malignité.

Suites simples : sort le 20.4.63

OBSERVATION 9 : Mr C ... 76 ans - H. 1963.

Hospitalisé le 29.3.63 pour colite, constipation opiniatre entrecoupée d'épisodes diarrhéiques. La rectoscopie ne montre rien d'anormal jusqu'à la charnière recto-sigmoïdienne. Le lavement baryté révèle une diverticulose sigmoïdienne. Dans les antécédents ; on note une gastro-entérostomie.

Intervention le 26.4.1963. Incision sous ombilicale ; il n'existe qu'une sigmoïdite diverticulaire banale, pas de néoplasme. Résection de deux diverticules sigmoïdiens dont un infecté. Suture du sigmoïde au fil de lin. Fermeture, drainage. Histologie : Absence de signes de malignité. Suites simples : Le malade sort le 11.5.1963.

DRAINAGE + DERIVATION SIMPLE

2 observations : 2 sigmoïdites aiguës.
1 décès dans un syndrome toxique.

OBSERVATION 10 : Mr C ... 75 ans - H. 1951.

Malade présentant un syndrome fébrile et des signes d'abcès pelvien.

Troubles digestifs depuis trois mois à type de colique et de diarrhée sanglante. Le lavement baryté montre un sigmoïde difficilement franchissable.

Le diagnostic porté est celui de néoplasme infecté du sigmoïde. Intervention 1951 : Laparatomie médiane sous ombilicale. Abcès du Douglas et une perforation au niveau du sigmoïde. Celui-ci est dur, infiltré, mais n'a pas un aspect néoplasique. Etant donné l'état général précaire, on fait une simple dérivation en amont. Fermeture et drainage par lame et mèche.

Suites simples avec traitement antibiotique. Deux mois plus tard : Réintervention : Le sigmoïde est souple et parait normal. Fermeture de la dérivation.

Suites immédiates : bonnes.
Suites lointaines : Sujet décédé en 1959 d'une défaillance cardiaque.

OBSERVATION 11 : Mme H ... 75 ans - F. 1962.

A l'entrée, syndrome douloureux abdominal avec masse pelvienne gauche. Pas de troubles du transit mais syndrome infectieux. T° : 39°4 et 42.000 leucocytes. Intervention le 4.5.62 : Incision médiane sous ombilicale. Découverte d'une masse constituée par l'agglutination des anses grèles et du tablier épiploïque sur le sigmoïde. Aspect d'infiltration tumorale du sigmoïde. Prélèvement pour examen histologique. Anus sur baguette en amont, drain aspiratif. Fermeture Histologie : pas de signes de malignité. Suites : Syndrome infectieux croissant le 19 Mai 1962 le nombre de leucocytes atteint 144.000 avec présence de formes anormales. Exitus le 21.5.1962.

METHODES RADICALES

19 Observations : 10 occlusions
5 perforations
1 hémorragie
2 sigmoïdites aiguës.

1 décès.

-:-:-:-:-:-

RESECTION ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE

7 observations : 6 occlusions,
1 hémorragie,
1 sigmoïdite aiguë.

1 décès.

OBSERVATION 12 : Mme G ... 67 ans - F. 1949.

Syndrome occlusif avec hémorragies intestinales. Intervention le 20.4.49 : Résection du sigmoïde avec invagination du bout supérieur. Histologie : Lésions inflammatoires sub-aiguës.

Suites : Exitus au trentième jour par cachexie progressive.

OBSERVATION 13 : Mr P ... 66 ans - H. 1953.

Syndrome péritonéal. Intervention le 3.6.1953 : Incision médiane. La palpation du sigmoïde montre une tumeur dure, mal limitée. Anus coecal, le malade n'étant pas préparé. Sonde de Pezzer.

Deuxième temps le 18.6.1953 : Incision iliaque gauche. Libération et section de la tumeur qui siège au-dessus du cul de sac de

Douglas. Anastomose termino-terminale. 2 plans. Drainage par contre incision rétro-anale. Fermeture. Dilatation anale. Pièce : Grosse tumeur, mais muqueuse intacte.

Histologie : Pas de signes de malignité. Suites simples.

OBSERVATION 14 : Mme J... 51 ans, F. 1959.

Syndrome sub-occlusif datant de quatre jours.

Laparatomie le 23.12.59 : Grosse tumeur recto-sigmoïdienne. Distention du grêle. Anus transverse. Colectomie le 14.1.60. Tumeur adhérente aux parois pelviennes. Décollement et abaissement de la partie gauche du Transverse.

Large résection du colon. Anastomose termino-terminale. Péritonisation ; 2 drains aspiratifs. Paroi nylon.

Pièce : Tumeur infiltrant la sous muqueuse. Histologie : Pas de signes de malignité. Suites : bonnes. La malade sort le 23.2.1960.

Revue en 1960 et 1961 pour petit abcès de la paroi.

OBSERVATION 15 : Mme D... 62 ans, F. 1959.

Sigmoïdite à forme occlusive, précédée de plusieurs épisodes sub occlusifs. Diagnostic pré-opératoire : Néoplasme du sigmoïde.

Intervention le 24.12.59 : Résection. Anastomose termino-terminale. Suites : simples. Histologie ; Tumeur inflammatoire du sigmoïde.

OBSERVATION 16 : Mem C ... 65 ans - F. 1963.

Entre dans le service le 15.1.63, avec un syndrome sub-occlusif. Le lavement baryté montre un rétrécissement au niveau de la jonction sigmoïdo-colique. Diagnostic porté : Néoplasme du sigmoïde.

Intervention le 22.1.63 : Incision médiane. A la partie basse du sigmoïde, tumeur avec infiltration péri-muqueuse, et infiltration du méso. Résection segmentaire, anastomose termino-terminale. Drain aspiratif. Dilatation anale. Pièce : Muqueuse intacte, mais gros diverticule avec épaississement de la musculo-séreuse. Histologie :

Lésion inflammatoire, pas de signes de malignité.

Suites : petite embolie ; sort le 16.2.63. Guérison.

OBSERVATION 17 : Mme Du ... 68 ans - F. 1963.

Syndrome sub-occlusif. Le lavement baryté montre une sténose sigmoïdo-rectale, et fait porter le diagnostic de néoplasie du sigmoïde.

Intervention le 7.8.63 : Incision para-rectale gauche. Tumeur du sigmoïde adhérent au corps utérin. Hystérectomie totale. On décide l'ablation de la tumeur par voie abdominale. Section basse du sigmoïde ; abaissement de l'angle gauche et du transverse. Ablation partielle du grand épiploon.

Anastomose termino-terminale. 2 plans. Points séparés. Fil de lin.

Péritonisation ; 2 drains aspiratifs ; fermeture de la paroi.

Pièce : Tumeur sténosante du sigmoïde. Pas d'envahissement ganglionnaire.

Histologie : Pas de signes de malignité. Tissu inflammatoire. Suites bonnes.

OBSERVATION 18 : Mr J ... 57 ans - H. 1963.

Douleur abdominale, température : 39°. A la palpation de la fosse iliaque gauche : masse dure, mal limitée, sensible. Lavement baryté : Rétrécissement au niveau de l'union du sigmoïde et du colon gauche. Présence de diverticules sur le sigmoïde.

Le diagnostic entre cancer et sigmoïdite est incertain.

Intervention le 9.10.63 : Incision oblique gauche. Tumeur du sigmoïde du volume d'une mandarine. Colectomie segmentaire gauche. Abaissement de l'angle gauche. Section basse, largement au-dessus du cul de sac de Douglas.

Anastomose termino-terminale. 2 plans. Points séparés, fil de lin.

Péritonisation sur drains aspiratifs. Pièce : Infiltration diffuse du méso et de la séro-musculeuse ; la muqueuse parait intacte.

Histologie : pas de signes de malignité. Prèsence de cellules inflammatoires.

Suites : Le 23.10.63. Apparition d'une douleur thoracique brusque, évoquant un infarctus, mais le lendemain : contracture, arrêt des matières et des gaz, ballonnement.

Réintervention le 24.10.63 : Pas de liquide dans la cavité péritonéale ; quelques adhérences du grèle qui sont libérées. Le colon parait sain, rien d'anormal dans la zone anastomotique. Drainage par deux lames, fermeture.

Dans les suites immédiates : apparition d'une diarrhée profuse avec syndrome toxique. Staphylocoque pathogène à l'état pur dans les selles, faisant porter le diagnostic d'entérocolite staphylococcique grave ; complication de l'antibiothérapie. Une fistule se produit au niveau de l'anastomose. Une colostomie sous angulo-colique droite est pratiquée. L'antibiothérapie anti-staphylococcique à doses massives et une bonne rééquilibration amènent une guérison rapide.

La fermeture de la colostomie est envisagée prochainement.

-:-:-:-:-:-

RESECTION EXTERIORISATION

3 cas : 2 sub-occlusions
1 perforation

0 décès.

OBSERVATION 19 : Mme V ... 66 ans - F. 1946.

Syndrome de sub-occlusion avec tumeur douloureuse du flanc gauche. Intervention le 4.5.46. Incision médiane. Tumeur sigmoïdienne avec micro abcès péri-colique. Extériorisation. Résection. Fermeture secondaire d'anus. Histologie : Lésions diverticulaires avec infiltration inflammatoire. Suites simples.

OBSERVATION 20 : Mme L ... 63 ans - F. 1947.

Début brutal par un syndrome péritonéal aigu. Température 38°6. Intervention le 22.9.47. Incision sous ombilicale médiane. Pus dans la grande cavité. Perforation partiellement couverte du sigmoïde, au niveau d'une zone indurée.

Nombreux diverticules. Expériorisation du sigmoïde. Résection secondaire du colon extériorisé. Fermeture secondaire de l'anus.

Histologie : Lésions inflammatoires sur diverticule.

Suites : guérison.

OBSERVATION 21 : Mme F... 74 ans - F. 1950.

Tableau de sub-occlusion intestinale fébrile. Image radiologique suspecte. Intervention le 6.2.50. : Diverticulose avec péridiverticulite. Résection du segment colique le plus atteint. Abouchement des deux pieds de l'anse en canon de fusil. Suture partielle de l'intestin en arrière. Suites : simples. Fermeture secondaire de l'anus. Histologie : formation diverticulaire avec réaction inflammatoire. Pas de signe de malignité.

-:-:-:-:-:-

OPERATION DE HARTMANN + RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE

7 Observations : 4 perforations
1 sigmoïdite aiguë
2 occlusions.

0 décès.

OBSERVATION 22 : Mme X ... - F.

Sigmoïdite perforée cloisonnée.

Opération de HARTMANN, puis rétablissement de la continuité.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION 23 : Mme Luc ... 78 ans - F. 1955.

Syndrome abdominal aigu, vomissements, Température 37°9, pouls 120.

Abdomen douloureux, ballonnement diffus, plus accentué à gauche. Intervention le 25.2.55 : Médiane sous ombilicale. Anses grêles dilatées. Pus abondant. Large plaque du sphacèle avec perforation, siégeant sur la face antérieure du sigmoïde. Grosse masse sigmoïdienne avec infiltration du méso. Opération de HARTMANN.

Section du sigmoïde à distance de la tumeur. Anus iliaque gauche. Fermeture du bout rectal. Drainage : 2 lames.

Pièce : grosse diverticulite infectée. Pas de lésion muqueuse. Histologie : Zone exulcérée, recouverte par une membrane fibrino-polynucléaire. Pas de signes de malignité.

Suites : Décès deux mois après par défaillance cardiaque.

OBSERVATION 24 : Mr R ...67 ans - H. 1958.

Syndrome sub-occlusif avec masse tympanique à droite. Intervention le 30.10.58 : Agglutination du colon sigmoïde, coecum et anses grêles, le tout formant une masse encapsulée. Exérèse type HARTMANN. Suture du bout inférieur, bout supérieur à la peau.

Pièce : Muqueuse saine.

Le 14.10.59 : Rétablissement de la continuité. Abaissement de l'angle gauche ; anastomose termino-terminale. 2 plans. 2 drains aspiratifs.

Suites bonnes.

Le 24.11.59 : sub-occlusion : Le lavement baryté montre une sténose au niveau de l'anastomose, mais le traitement médical amène une sédation des troubles et le malade rentre chez lui.

Le 2.3.61 : Occlusion secondaire : Réintervention.

Découverte d'un rétrécissement au niveau de l'anastomose. Devant le mauvais état de ce malade on laisse un anus iliaque gauche définitif.

OBSERVATION 25 : Mr Gr... 45 ans - H. 1958.

Antécédents de colite. Début le 27.10.58, par un syndrome abdominal douloureux. Le 29.10.58 : signes de péritonite généralisée. Intervention : Incision médiane sus et sous ombilicale. Perforation sigmoïdienne, péritonite généralisée. Zone indurée tumorale. Résection de type HARTMANN ; suture du bout inférieur ; mise à la peau du bout supérieur. Drainage par trois lames et un drain aspiratif. Pièce : Nombreux diverticules. Muqueuse saine. Histologie : Lésions inflammatoires sans signes de malignité.

Rétablissement de la continuité le 14.1.59 : Incision oblique gauche, isolement de l'orifice de colostomie; abaissement de l'angle gauche ; ouverture de l'ampoule rectale. Anastomose termino-terminale. 3 plans. Points séparés. Drain aspiratif. Péritonisation.

Suites bonnes. Sortie le 19.1.59.

OBSERVATION 26 : Mr L ... 54 ans - H.

Sigmoïdite perforée en péritoine libre. Péritonite généralisée. Intervention d'urgence le 1.2.60 : Opération de HARTMANN.

Le 10.6.60 : rétablissement de la continuité.

Suites simples.

OBSERVATION 27 : Mr Ro ... 44 ans - H. 1962.

Douleur abdominale brusque à siège hypogastrique. A l'examen : contracture abdominale généralisée. température 39°. Radio : distension du grèle.

Intervention le 22.8.62 : Laparatomie médiane. Pus dans la grande cavité. Sigmoïde perforé, rétracté et épaissi. Opération de HARTMANN. Anus iliaque gauche. Drainage par 2 lames. Pièce : sigmoïdite diverticulaire avec perforation d'un diverticule. Suites : sort le 21.11.62.

Rétablissement de la continuité le 22.11.1962.

Incision médiane, libération de nombreuses adhérences. Libération de l'anus iliaque gauche. Abaissement et anastomose termino-terminale en 2 plans.

Suites bonnes en dehors d'un petit épisode fébrile transitoire. Sort le 15.12.62.

OBSERVATION 28 : Mr No ... 76 ans - H. 1963.

Syndrome abdominal aigu avec température 39° ; douleurs dans la fosse iliaque gauche, sub occlusion, abdomen sensible mais souple. Hospitalisé le 27.11.63 : Traitement par Néomycine et Terramycine intra-veineuse. Examen radiologique. Abdomen sans préparation : quelques niveaux liquides.

Lavement baryté : Diverticulose sigmoïdo-colique.

Intervention le 27.11.63 : Incision médiane sus et sous ombilicale. A gauche : grosse masse d'aspect inflammatoire, formée par des anses grêles adhérentes au sigmoïde. Découverte de plusieurs loges de pus. Le sigmoïde est volumineux, tendu, il présente plusieurs diverticules et des plaques de sphacèle. Il s'agit d'une sigmoïdite perforée avec abcès péri-sigmoïdiens.

Opération de HARTMANN. Section du rectum en zone saine et fermeture du bout inférieur. Mise à la peau du bout supérieur après résection de la zone inflammatoire. Drainage par lames. Fermeture de la paroi. Pose d'une sonde de PEZZER dans le bout supérieur.

Pièce : Intégrité de la muqueuse ; multitude de diverticules. On prélève un polype pour examen radiologique.

Histologie : formation polypoïde. Pas de signes de malignité.

Suites bonnes. On envisage un rétablissement de la continuité.

TRANSFORMATIONS NEOPLASIQUES

2 observations.

OBSERVATION 29 : Mr Sag ... 56 ans - H. 1956.

Soigné depuis plusieurs années pour sigmoïdite chronique diverticulaire diagnostiquée par le Dr. MOUTIER. Depuis une quinzaine de jours : douleur à la défécation ; sang dans les selles.

Le lavement baryté montre une image de rétrécissement sigmoïdien. Intervention le 28.11.1956. Incision abdominale gauche. Grosse tumeur fixée de la jonction recto-sigmoïdienne. Résection et anastomose termino-terminale. Histologie : Epithélioma glandulaire.

Suites immédiates simples.

Suites lointaines : Décès à la suite de métastases pulmonaires.

OBSERVATION 30 : Mr R ... 47 ans - H. 1956.

Soigné depuis 10 ans pour sigmoïdite diagnostiquée par une recto-sigmoïdoscopie et un lavement baryté ; suivi par le Professeur CHATELIN.

Vu le 8.6.56 : Depuis un mois apparition de ténesme, faux besoins, sang dans les selles. Lavement baryté : obstacle sigmoïdien Intervention le 20.6.56 : Incision latérale gauche. Néoplasme recto-sigmoïdien infiltrant qui descend très bas.

Opération de TOUPET.

-:-:-:-:-:-:-

TYPE D'INTERVENTION ET TABLEAU CLINIQUE D'ENTREE

DRAINAGE SIMPLE : 3 observations 2 sub-occlusions
1 sigmoïdite aiguë
1 décès.

SUTURE ET DRAINAGE : 2 observations 2 perforations
1 décès (non imputable à la méthode)

ENFOUISSEMENT ET DRAINAGE : 1 observation 1 sigmoïdite aiguë
0 décès.

DRAINAGE + RESECTION DIVERTICULAIRE :
3 observations 1 sub-occlusion
2 sigmoïdites aiguës
0 décès.

DRAINAGE + DERIVATION SIMPLE : 2 observations 2 sigmoïdites aiguës
1 décès.

RESECTION ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE :
7 observations 6 occlusions
1 sigmoïdite aiguë
1 hémorragie
1 décès.

RESECTION EXTERIORISATION : 3 observations 2 occlusions
1 perforation
0 décès.

RESECTION AVEC RETABLISSEMENT SECONDAIRE DE LA CONTINUITE :
7 HARTMANN
7 observations 4 perforations
1 sigmoïdite aiguë
2 occlusions
0 décès.

TRANSFORMATION NEOPLASIQUE : 2 observations.

-:-:-:-:-

R E S U L T A T S

PROCEDES PALLIATIFS :

11 cas soit 36,7 °/₀

3 décès soit une mortalité opératoire de 18,2 °/₀

STANNTON 14 cas - Mortalité 28,5 °/₀

PROCEDES RADICAUX :

19 cas soit 63,3 °/₀

1 décès soit une mortalité opératoire de 5,5 °/₀

MADDEN et TAN 29 cas - Mortalité opératoire de 23 °/₀

Colectomie idéale

7 cas soit 37 °/₀ des colectomies

1 décès soit une mortalité opératoire de 14,3 °/₀

J.M. WANGH : 74 °/₀ des colectomies

MARSCHALL : 65 °/₀ des colectomies.

Colectomie avec rétablissement secondaire de la continuité.

7 cas soit 37 °/₀ des colectomies.

0 décès.

Résection extériorisation

3 cas soit 15,7 °/₀ des colectomies.

0 décès.

Transformations néoplasiques.

2 cas.

-:-:-:-:-:-

C O N C L U S I O N S

La fréquence des sigmoïdites et de leurs complications parait augmenter depuis quelques années.

Le traitement de cette affection a soulevé un certain nombre de discussion dont l'aboutissement fut le rapport de Messieurs Edmond HENRY et Gilles EDELMAN au 64 ème Congrès de Chirurgie 1962.

L'accord est presque unanime pour le traitement médical des sigmoïdites non compliquées, le traitement chirurgical n'étant mis en oeuvre qu'en cas de complications : occlusion, perforation, abcès, hémorragies ou cancérisation.

Les modalités du traitement chirurgical ont pu être discutées.

Il nous a paru intéressant de recueillir et d'étudier les cas de sigmoïdites compliquées traitées chirurgicalement à l'Hôpital de Montargis.

Nous avons pu analyser 30 observations.

Les indications opératoires ont été posées pour :

13 occlusions
7 perforations
8 sigmoïdites évoluant sur un mode aigu.
1 hémorragie (associée à une forme occlusive)
2 transformations néoplasiques.

Les traitements appliqués et leurs résultats sont les suivants

Procédés palliatifs : 11 cas - 36,7 °/₀
3 décès - 18,2 °/₀ de mortalité.

Procédés radicaux : 19 cas - 63,3 °/₀
1 décès - 5,5 °/₀ de mortalité opératoire.

- Colectomie idéale

  7 cas - 37 °/₀ des colectomies
  1 décès - Mortalité 14,3 °/₀

- Colectomie + rétablissement secondaire de la continuité.

  7 cas - 37 °/₀ des colectomies
  0 décès.

- Résection extériorisation

  3 cas - 15,7 °/₀ des colectomies
  0 décès.

- Transformations néoplasiques

  2 cas.

De l'étude de ces différentes données, il nous parait ressortir que la colectomie est la solution la meilleure ; c'est la solution idéale vers laquelle il faut tendre. Mais elle n'est pas toujours réalisable, surtout en un seul temps, car elle nécessite des conditions anatomiques très favorables, rarement rencontrées dans les formes suppurées avec abcès ou péritonite.

C'est pourquoi il nous a paru que l'intervention du type HARTMANN conserve des indications relativement fréquentes malgré les difficultés que peut poser secondairement le rétablissement de la continuité.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Vu, le Président de Thèse

Professeur LORTAT-JACOB

Vu, le Doyen de la faculté

Professeur G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

Nous ne rapportons que les articles publiés depuis le 64ème Congrès de Chirurgie.

BOYDEN (A.M.) -

Two stage (obstructive) resection of the Sigmoïd in selected cases of Complicated Diverticulitis.
(Ann. of Surg. T. I54, N° 6, Déc. I96I).

BARRETTO P. et DASILVA A. -

Etude sur l'amibiase du recto-sigmoïde.
(Rev. Bras de Gastroentérologia. Vol. I2, n° 5-6 Sept.-Déc. I960.

CHARPIN R. -

Les péritonites par perforation diverticulaire du sigmoïde.
(G.M. de France 2-II-I960).

CARAYON A. et Coll. -

L'amibiase colique chirurgicale.
(Ann. Chir. I962 Vol. I6 N° 2I - 22.

CAMPBELL D.A. -

Carcinoma or Diverticulitis in Obstructive Sigmoïd Lesions.
(Ann. of. Surg. T. I54, n° 6, Suppl. I96I).

DAVIS J.W. -

Hemorrhagie Diverticulosis.
(Texas J.M. I962, 58 ; 70I).

GOFFIN R. et FABRY G. -

Remarques sur la chirurgie des sigmoïdites Diverticulaires.
(Lyon Chirurgical, T. 57, N° 5 sept. 6I.)

JACQUELIN Ch. -

De la colite ou des colites aux cancers du colon.
(G.M. de France I - II - I962).

JOUVE O. -

Les perforations des sigmoïdites diverticulaires.
(G.M. de France - 2, II, I963).

LOYGNE J. et PINAIRE J. -

La colostomie préalable dans la chirurgie du colon gauche
(Ann. Chir. I962 ; I6 ; 299.

LEVRAT M. et MAILLET P. -

Colectomie segmentaire pour sigmoïdite suppurée.
(Arch. des mal. de l'app. Digestif. oct. I962, Tome 5I N° IO).

LEIBOVICI R. et SULTAN R. -

Les tumeurs inflammatoires du colon.
(Ann. Chir. I962, Vol. I6, N° I7-I8).

MADDEN J.L. et TAN P.T. -

Résection et anastomose dans le traitement de perforations du colon avec abcès et péritonite.
(Surg. Gyn. Obs. Vol. II3, N° 5, Nov. I96I).

MARSHAL S.F. -

Diverticulitis of the Colon.
(Postgr. Médecine I962 ; 32 ; I03).

ROMSDAHL H. et COLE W.H. -

Diverticulitis of the Colon.
(Anh. of Surg. Vol. 85, N° 5 May I963).

REICHMAN H.R. et WATKINS J.B. -

Diverticular Disease of the Colon.
(J. Am. Med. Ass. I962, I82, I023).

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9[illegible]